

Adult Patient Information Form
(Formulario de Paciente Adulto)

Today's Date (Fecha): ___/___/___

Name (Nombre) _____ Birth Date (Fecha de Nacimiento): ___/___/___
FIRST NAME (NOMBRE) LAST NAME (APELLIDO) Mes/ Día / Año

Address (Dirección) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip _____

Home Phone (Teléfono de casa): (____) _____ Cell Phone (Teléfono móvil): (____) _____ Email: _____

Preferred language (Idioma preferido): _____ Gender (Género): Male (Hombre) / Female (Mujer) / Other (Otro)
circle one (escoger uno)

How did you hear about us? (¿Cómo se enteró de nosotros?) _____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia)

Name (Nombre): _____ Phone (Teléfono): (____) _____ Relationship (Relación): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____ Zip: _____

Race (Raza): (Check ALL that apply / Marque TODO lo que aplique)

- Native American (Nativo Americano) White/Caucasian (Blanco) Asian (Asiático) Black or African American (Negro) Native Hawaiian or Pacific Islander (Isleño del Pacífico) Hispanic or Latino (Hispano) Other (Otro)

Status (Estado): (check one (escoger uno))

- U.S. Citizen (Ciudadano de los Estados Unidos) Legal Resident (Residente Legal) Other (Otro)

Health Insurance (Seguro de Salud): (check one (escoger uno))

- None (Sin Seguro) Medicaid Medicare CHIP PCN Private insurance (Seguro Privado)

Income (Ingreso):

Monthly Household Income (Ingreso Mensual): \$ _____ # of People in Household (# de personas en la casa) _____

How many people depend on this income? (Cuantas personas dependen de este ingreso?) _____

Social Security Number or Tax ID _____

Occupation (Ocupación): Please check one (Por favor escoger uno)

- Full-Time (Tiempo Completo) Part-time (Tiempo Parcial) Student (Estudiante) Unemployed (Desempleado)
 Disabled (Incapacitado) If yes, what is your disability: _____

Marital Status (Estado civil): Please check one (Por favor escoger uno)

- Single (Soltero) Married (Casado) Separated (Separado) Divorced (Divorciado)

What problem(s) would you like to address? (¿Qué problemas le gustaría tartar?) _____

How long have you been experiencing these symptoms? (¿Por Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?) _____

Office Use:

Screened By _____ Hospital? _____ Date Updated: 10/4/2017

CURRENT MEDICATIONS (Medicamentos Acutales)

Medication (<i>Medicamento</i>)	Dose (<i>Dosis</i>)	Start Date (<i>Fecha de inicio</i>)	Reason for use (<i>Razón</i>)

CIRCLE ALL medications you have taken in the past (*RODEAR CON UN CÍRCULO los medicamentos que ha tomado en el pasado*):

<u>Antidepressants</u> (<i>Antidepresivos</i>)	<u>Antidepressants</u> (<i>Antidepresivos</i>)	<u>Sedatives-Anxiolytics</u> (<i>Sedantes-Ansiolítico</i>)	<u>Stimulants</u> (<i>Estimulantes</i>)	<u>Other Medications</u> (<i>Otros Medicamentos</i>)
Prozac (Fluoxetine)	Wellbutrin(Bupropion)	Xanax (Alprazolam)	Ritalin(Methylphenidate)	Prolixin
Zoloft (Sertraline)	Trazadone	Klonopin(Clonazepam)	Concerta	Mellaril
Paxil (Paroxetine)	Nardil (Phenelzine)	Librium	Metadate	Thorazine
Luvox	Parnate	Ativan (Lorazepam)	Dexedrine	Zyprexa (Olanzapine)
Celexa (Citalopram)	Effexor(Venlafaxine)	Tranxene	Cylert	Haldol
Lexapro (Escitalopram)	Serzone	Busbar (Buspirone)	Adderall	Risperidol
Tofranil (Imipramine)	Cymbalta	Valium (Diazepam)	Provigil	Lithium
Nortriptyline	Remeron(Mirtazapine)	Ambien	Strattera	Depakote
Desipramine		Serax		Seroquel
Amitiptaline		Restoril (Temazepam)	Herbal (<i>Herbario</i>)	Geodone
Protruptyline		Sonata	Melatonin	Lamictal(Lamotrigine)
Anafranil(Clomipramine)			Yerba Mate	Clozaril
Emsam			Ginko	Symbyax
Marplan			St. Johns Wort	Abilify (Aripiprazole)

Medical History (*Antecedentes Médicos*)

Please list any significant surgeries, diseases, and any other history of medical illness (*Por favor liste cirugías importantes, enfermedades y otros antecedentes de enfermedad médica*): _____

Yes (Sí) / No - Allergies to Medications? (*¿Alergias a medicamentos?*) Please list (*Liste Por Favor*): _____

Yes (Sí) / No - Do you experience chronic pain? (*¿Sufre de dolor crónico?*)

FAMILY HISTORY (*Antecedentes familiares*)

Problem (<i>Problema</i>)	Mom's Side (<i>Lado Materno</i>)	Dad's Side (<i>Lado Paterno</i>)	Biological Siblings (<i>Hermanos biológicos</i>)
Mental Health Problems (<i>Problemas de salud mental</i>)			
Addiction (including nicotine) (<i>Adicción (incluso nicotina)</i>)			
Physical Health Problems (<i>Problemas de salud</i>)			

REVIEW OF PSYCHIATRIC CONCERNS (*RESUMÉN DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS*)

Yes (Si) / No - Feelings of depression or sadness disrupt my life. (*Sentimientos de depresión o tristeza perturban mi vida.*)
From 0 to 10 (0 = Not at all, 10 = Severely depressed), how depressed do you feel? _____
(*¿De 0 a 10 (0 = no, en absoluto, 10 = severamente deprimido), cuán deprimido se siente?*)

Yes / No - My mood changes dramatically, from depression to feeling very happy or angry.
(*Mi estado de ánimo cambia radicalmente, de la depresión a la felicidad o al enojo.*)

Yes / No - I have an uncomfortable level of anxiety. (*Tengo un nivel incómodo de ansiedad.*)
From 0 to 10 (0 = No anxiety, 10 = Panic), how anxious do you feel? _____
(*De 0 a 10 (0 = Sin ansiedad, 10 = Pánico), Cuán ansioso se sientes?*)
What are you typically worried about? (*¿Qué le preocupa normalmente?*) _____

Yes / No - I feel panicked sometimes and it disrupts my life. (*A veces me siento pánico y perturba mi vida.*)
How long do you typically feel panicked? (*¿Cuánto tiempo suele sentir pánico?*) _____
What causes you to feel panicked? (*¿Qué causa que sienta pánico?*) _____

Yes / No - I've experienced a traumatic event. (*He experimentado un evento traumático.*)
If yes, when? (*¿Cuándo?*): _____

Yes / No - I struggle with an inability to pay attention, feeling hyper, and/or impulsivity. (*Sufro de una inhabilidad de prestar atención, de la hiperactividad y/o la impulsividad.*)

Yes / No - I experience tics (sudden, uncontrollable and repetitive movements). (*Sufro de tic (movimientos repentinos, incontrolables y repetitivos.)*)

Yes / No - I have thoughts of harming myself or others. (*Tengo pensamientos de dañarme o dañar a otros*)

Yes / No - I experience disturbing thoughts. (*Sufro de pensamientos perturbadores.*)

Yes / No - I hear or see things others do not. (*Puedo oír o ver cosas que otros no oyen o no ven.*)

Yes / No - I feel the need to do the opposite of what others tell me to do. (*Siento la necesidad de hacer lo contrario de lo que otros me dicen que haga.*)

I have difficulty with (*Tengo dificultades con*):

Yes / No - Falling asleep (*Quedarme dormido*)

Yes / No - Staying asleep (*Permanecer dormido*)

Yes / No - Never feeling rested (*Nunca sentirme descansado*)

Yes / No - Waking up early and not falling back asleep (*Despertarme temprano y no poder volverme a dormir*)

How many **hours** do you sleep a night on average? (*Como promedio, ¿cuántas horas duerme por noche?*) _____

Yes / No - I have been diagnosed with a mental health problem in the past (*Me han diagnosticado con un problema de salud mental en el pasado*)

Diagnosis (*Diagnóstico*): _____

Medical Provider (*Proveedor médico*): _____

When? (*¿Cuándo?*) _____

Yes / No - Did you receive therapy? (*¿Recibió terapia?*)

Yes / No - Did you receive medication? (*¿Recibió medicamento?*)

Yes / No - Did your symptoms improve? (*¿Los síntomas se mejoraron?*)

Yes / No - I have a current therapist (*Tengo un terapeuta actual*)

Name (*Nombre*): _____ Phone (*Teléfono*): _____

Yes / No - I have been admitted to a hospital for psychiatric problems. (*Me han ingresado en un hospital por problemas*)

psiquiátricos)

When? (¿Cuándo?) _____

Where?(¿Dónde?) _____

Reason? (¿Razón?) _____

I have difficulty with: (*Tengo dificultades con:*)

Yes / No - Restricting food. (*Restricción de alimentos.*)

Yes / No - Purging (vomiting) food. (*Purga (vómitos) de alimentos.*)

Yes / No - Binging on food. (*Atracones de comida.*)

TRAUMA and LOSSES (TRAUMA)

Yes / No - Have you experienced physical abuse or neglect? (¿Ha experimentado abuso físico o negligencia?)

Yes / No - Is it currently happening? (¿Actualmente lo está experimentando?)

Yes / No - Have you experienced sexual abuse? (¿Ha experimentado abuso sexual?)

Yes / No - Is it currently happening? (¿Actualmente lo está experimentando?)

Yes / No - Have you experienced domestic violence? (¿Ha experimentado la violencia doméstica?)

Yes / No - Is it currently happening? (¿Actualmente lo está experimentando?)

Yes / No - Have you ever been in a situation that felt life-threatening or caused a lot of fear or panic? (¿Ha estado en una situación que sentía mortal o causó mucho miedo o pánico?)

Yes / No - Have you been involved in a serious accident or disaster?(¿Ha estado involucrado en un accidente o desastre?)

Yes / No - Have you had close family members or friends die or leave? (¿Tiene miembros de la familia o amigos que han muerto o que le han abandonado?)

SUBSTANCE USE (ABUSO DE SUSTANCIAS)

Yes / No - Do you smoke or chew tobacco? (¿Fuma o masca tabaco?)

How often? (¿Con qué frecuencia?) _____

Yes / No - Do you drink alcoholic beverages? (¿Consume bebidas alcohólicas?)

How often? (¿Con qué frecuencia?) _____

Yes / No - Have you ever used recreational drugs? (¿Ha usado drogas ilegales o ha abusado medicamentos?)

Which ones? (¿Cuáles?) _____

If yes, when was your last use? (¿Cuándo fue su último uso?) _____

Yes / No - Have you ever received formal treatment for substance abuse or addiction?

(¿Alguna vez ha recibido tratamiento para el abuso de sustancias o adicción?)

When (¿Cuándo?) _____

Where (¿Dónde?) _____

SOCIAL HISTORY

Where were you born? (¿Dónde nació?) _____ and raised? (¿Dónde se crió?) _____

Yes / No - Are you adopted? Or have you ever made a decision to place a child for adoption? (¿Es adoptado?)

Yes / No - Have you ever been homeless? (¿Ha estado alguna vez sin hogar?)

If so, from when to when? (¿De cuándo?) _____ to (¿A cuándo?) _____

Yes / No - Do you practice a religion or spiritual belief? (¿Practica una religión o una creencia espiritual?)

If so, what religion? (¿Qué religión practica?) _____

Yes / No - Have you been married? (¿Ha sido usted casado?)

How many times? (¿Cuántas veces?) _____

Yes / No - Are you in a relationship? (¿Usted está en una relación?)

For how long? (¿Por cuánto tiempo?) _____

Yes / No - Do you have close friends? (¿Tiene amigos cercanos?)

Yes / No - Have you ever been affiliated with a gang? (¿Alguna vez usted ha pertenecido a una pandilla/una mara?)

BROTHERS and SISTERS (Hermanos y Hermanas)

Name (<i>Nombre</i>)	Age (<i>Edad</i>)	Location (<i>Lugar</i>)	Doing Well? (<i>¿Están bien?</i>)

PARENTS and GUARDIANS (*Los Padres y Tutores*)

Name (<i>Nombre</i>)	Living? (<i>¿Está vivo?</i>)	Location (<i>Lugar</i>)	Talk Regularly? (<i>¿Se hablan regularmente?</i>)

EMPLOYMENT HISTORY – LAST 3 JOBS (*Antecedentes Laborales - Tres últimos trabajos*)

Type of Work (<i>Tipo de trabajo</i>)	From when to when? (<i>¿De cuándo a cuándo?</i>)	Employer (<i>Empresa</i>)	What Happened? (<i>¿Resultado?</i>)
			Quit (<i>Renunciado</i>)/Terminated (<i>Despedido</i>)
			Quit (<i>Renunciado</i>)/Terminated (<i>Despedido</i>)
			Quit (<i>Renunciado</i>)/Terminated (<i>Despedido</i>)

Yes / No - Have you ever received **disability benefits?** (*¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?*)

Yes / No - Have you ever received **social security benefits?** (*¿Alguna vez ha recibido beneficios de seguro social?*)

EDUCATION (*Educación*)

What's the highest level of education you've completed? (*¿Cuál es el nivel de educación más alta que haya completado?*)
(*example: 9th grade, high school diploma, GED, BA, PhD*) _____

Yes / No - Have you ever been diagnosed with a learning disorder? (*¿Alguna vez ha sido diagnosticado con un trastorno del aprendizaje?*)

LEGAL HISTORY (*Antecedentes Judiciales*)

Yes / No - Have you been charged or convicted of a crime? (*¿Ha sido usted acusado o condenado de un delito?*)

What offenses have you been convicted of? (*¿De qué delitos ha sido condenado?*) _____

Yes / No - Have you ever used a weapon to threaten someone else? (*¿Alguna vez ha usado un arma para amenazar a alguien?*)

What kind of weapon? (*¿Qué tipo de arma?*) _____

PERSONAL

Do you need help with... (*Necesita ayuda con...*)

- Transportation (*Transporte*) Housing (*Vivienda*) Food (*Comida*) Medical Care (*Asistencia médica*)
 Child Care (*Cuidado de niños*) Employment (*Empleo*) Counseling (*Consejería*) Other (*Otro*) _____

What are your top three goals for treatment? (*¿Cuáles son sus objetivos personales para tratamiento?*)

1. _____
2. _____
3. _____

Is there anything else we should know about you? (*¿Hay algo más que debemos saber de usted?*)

Clinic Policies (*Normas de la Clínica*)

Medical Release (Autorización de Tratamiento Medico)

I give permission for this clinic to share my personal psychiatric records/information with the following people:

Doy permiso a la Clínica Polizzi para compartir mis registros/información psiquiátricos con las personas siguientes:

I give the following people permission to pick up my psychiatric medications from this clinic on my behalf:

Doy permiso a las siguientes personas para recoger mis medicamentos psiquiátricos de la Clínica Polizzi a favor de mí:

Sign / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____